PROPOSITIONS

N° 230.

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 28 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-AUGUSTE DESCAC, du Castera-Lectourois,

Département du Gers.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Suppléant.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur. / DUBOIS. / DUPUYTREN, Examinateur. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin, Suppléant.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, Examinateur.	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage d'amour filial et de reconnaissance.

J.-A. DESCAC.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I.

Le diagnostic est sans contredit le point le plus important, et en même temps le plus difficile des études médicales : c'est la base fondamentale de la médecine pratique. Avec un bon diagnostic, certitude presque absolue, marche assurée, thérapeutique quelquefois infructueuse, hardie, mais toujours rationnelle. Sans lui, incertitude, hésitations continuelles, thérapeutique timide, souvent meurtrière. Le médecin qui veut exercer son art avec conscience et honneur devra donc mettre tous ses soins à se former de bonne heure à un diagnostic rigoureux.

II.

Les symptômes de la même affection devant varier selon les climats, les âges, le sexe, les constitutions, et une infinité d'autres circonstances, le médecin trouvera moins souvent à établir son diagnostic sur le signe pathognomonique de chaque maladie que sur un groupe de symptômes, qui, pris chacun isolément, pourraient bien

être de peu de valeur, mais qui par leur réunion laisseront souvent peu de doute dans son esprit sur la nature et le siége du mal. Dans presque tous les cas, s'il procède avec méthode, s'il analyse successivement les fonctions de chaque organe et ses sympathies, s'il met ensuite en rapport la succession des symptômes qui ont précédé avec ceux qui existent actuellement, rarement, dis-je, il manquera d'arriver à un diagnostic précis.

III.

Après l'examen des symptômes, le médecin doit toujours aller à la recherche, souvent difficile et infructueuse, des causes qui ont donné lieu à la maladie. Leur connaissance confirme ou rectifie bien souvent le diagnostic.

IV.

La même cause venant à agir sur plusieurs individus est loin d'avoir un effet identique, les uns n'éprouvant aucun dérangement, d'autres étant frappés de lésions différentes par leur nature ou leur intensité. On admet pour expliquer ces différences deux prédispositions, l'une rationnelle et l'autre organique. Mais il est évident que la première n'existe pas, qu'elle n'est qu'une abstraction de notre esprit; la seconde, au contraire, est la seule vraie, et elle gagnera d'autant plus sur la première dans l'explication des maladies, que la composition et la structure des organes seront mieux connues.

V.

Les phlegmasies de la membrane muqueuse ont ceci de particulier; c'est qu'elles se manifestent plutôt par des lésions sympathiques que par la sensibilité au tact.

VI.

Toutes les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides

décrits par *Pinel* sous le nom de *fièvres essentielles*, ne diffèrent entre elles que par la prédominance de quelques symptômes qui donnent à la maladie une nuance ou forme différente. Mais avec une observation plus attentive, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette variété de symptômes se rattache à une affection identique, et qu'une altération à peu près constante, extrêmement rare dans toute autre maladi, en forme, comme le dit M. le professeur *Chomel*, le caractère anatomique. Ce sont ces fièvres, considérées comme une même affection, que l'on connaît maintenant sous le nom de *fièvre* ou *affection typhoïde.*

VII.

La durée de cette maladie est à peu près constante ; mais depuis le degré où elle se dessine le mieux jusqu'à celui où son existence reste douteuse, l'intensité de ses symptômes généraux varie à l'infini.

VIII.

Toutes les fois qu'on verra un mouvement fébrile, survenu sans cause connue chez un individu en santé, se prolonger pendant un certain temps, quinze ou vingt jours, sans diarrhée ni constipation, sans que la moindre lésion d'aucun organe puisse rendre raison de cette persistance, l'expérience apprend qu'on devra craindre d'avoir affaire à une affection typhoïde. Dans des cas semblables, on a vu quelquefois survenir spontanément une perforation intestinale, et le malade succomber rapidement aux symptômes d'une péritonite. A l'ouverture du cadavre, on trouvait diverses lésions des glandes de *Peyer.*

Quelque légers que paraissent donc les symptômes généraux, toutes les fois qu'on aura lieu de soupçonner une affection typhoïde, on ne devra jamais être dans une sécurité parfaite.

IX.

Si, d'un autre côté, on peut voir dans cette maladie les symptômes

généraux les plus intenses coïncider avec les altérations pathologiques les plus légères; si même celles-ci, dans des cas semblables, peuvent manquer complètement, on sera forcé d'avouer qu'il y a trop peu de rapports entre ces lésions et les symptômes observés pendant la vie pour que tout ce trouble général des fonctions, cette altération profonde des centres nerveux, et peut-être des fluides, ne reconnaisse pas une autre cause.

L'altération des glandes de *Peyer* n'eût-elle jamais manqué, il y aurait encore bien loin de la cause à l'effet. Pour y trouver une explication suffisante, on ne peut donc pas la regarder comme le point de départ de la maladie, mais plutôt comme l'un de ses élémens. Elle est à l'affection typhoïde ce que le bubon est à la peste, c'est-à-dire qu'elle en est seulement le cachet anatomique.

X.

Plus souvent encore dans cette maladie que dans toute autre, on voit des malades périr de ces morts presque instantanées (1) à une époque où aucun symptôme ne pourrait faire craindre une si prompte terminaison.

XI.

Les causes de cette maladie semblent assez difficiles à déterminer. Si les affections morales tristes, la nostalgie, ne la produisent pas quelquefois, toujours est-il que si elle se développe dans ces circonstances, son prognostic est infiniment plus grave.

XII.

Dans le cours d'une affection rhumatismale aiguë, si les articula-

(1) Je veux seulement parler de ces morts dont la rapidité ne peut s'expliquer par aucune lésion organique appréciable.

tions deviennent toutes libres, et que le mouvement fébrile qu'on aurait peut-être attribué à l'inflammation articulaire continue, c'est un signe certain que l'affection rhumatismale n'est point terminée, et que des douleurs se reproduiront bientôt sur quelque nouvelle articulation.

XIII.

On voit quelquefois cette affection se porter sur le cœur, les muscles intercostaux, le diaphragme; des épanchemens se faire dans la cavité des plèvres, du péricarde. Le danger de ces accidens et la facilité avec laquelle ils peuvent survenir doivent tenir l'attention du médecin éveillée sur ce point; il doit examiner fréquemment l'état des divers organes thoraciques, et ne pas attendre que l'irrégularité du pouls, l'anxiété, la fréquence et la difficulté de la respiration, viennent l'avertir des désordres déjà survenus.

XIV.

On l'a vue troubler long-temps les fonctions de l'estomac; et des personnes traitées pour des gastrites chroniques les plus rebelles ont été guéries en rappelant par des révulsifs l'affection rhumatismale vers des régions qu'elle avait primitivement occupées.

XV.

Si une sueur abondante, comme on le voit quelquefois, accompagnait cette maladie dans presque toute sa durée sans aucune amélioration, comme il est évident que ce n'est alors qu'un symptôme, il serait inutile et fatigant pour le malade de chercher à la favoriser en la regardant comme une crise favorable.

XVI.

Lorsque le rhumatisme est borné à un seul point, qu'il n'est poin

accompagné de fièvre, le plus souvent il cède aux émissions sanguines locales, aux vésicatoires appliqués sur le point douloureux. S'il occupe plusieurs points à la fois, et qu'il s'y joigne un mouvement fébrile prononcé, le plus souvent quelque moyen que l'on prenne pour l'arrêter il n'en parcourt pas moins sa période; et ce n'est que vers sa terminaison, lorsque les seules forces de la nature eussent suffi pour le faire disparaître, que tant de traitemens divers ont trouvé leur prétendue efficacité.

XVII.

Lorsqu'une même maladie inflammatoire affecte plusieurs fois un organe, le danger et la longueur de la maladie sont ordinairement moindres, et en raison inverse de la fréquence des récidives.

XVIII.

On voit quelquefois la pneumonie survenir chez les vieillards, sans être accompagnée ni de dypsnée, ni de toux. On remarque seulement un amaigrissement rapide, et l'altération de la face, avec augmentation brusque, prématurée, de l'affaiblissement général.

XIX.

Dans des cas où la pneumonie occupe le centre ou la base du poumon, l'auscultation et la percussion peuvent n'offrir presque aucun résultat. Si l'aspect des crachats ne révèle alors la nature de la maladie, il faut avoir recours aux symptômes généraux. Une sensation de chaleur dans un des côtés de la poitrine, la toux, une dyspnée plus ou moins considérable, le mouvement fébrile, une expansion pulmonaire plus forte à la superficie de l'organe supposé malade que dans l'état normal, l'ensemble de tous ces symptômes selon leur intensité fera présumer avec plus ou moins de certitude un noyau central d'inflammation.

XX.

La douleur n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. Mais l'on trouve souvent la plèvre enflammée chez des individus qui n'ont jamais ressenti dans cette membrane la moindre douleur.

XXI.

Quelquefois long-temps après la disparition de tous les symptômes pneumoniques, et la cessation de tout mouvement fébrile, on voit le râle crépitant persister, et même dans une étendue assez considérable du poumon. Sans le secours de l'auscultation, on pourrait croire, dans ce cas, que la pneumonie est terminée; mais tant que ce râle persiste, on doit croire que sa résolution n'est pas complète. Cet engouement, qui prédisposerait à une rechute ou à une désorganisation lente de l'organe, guérit souvent par l'emploi d'une médication tonique.

XXII.

Chez les enfans, ces inflammations occupant ordinairement une foule de points, l'auscultation et la percussion, outre la difficulté qu'on éprouve à les mettre en usage, devront être singulièrement modifiées dans leurs résultats par cette circonstance; et comme d'ailleurs l'expectoration est ici nulle, la pneumonie sera d'un diagnostic bien plus difficile.

XXIII.

La communication des bronches avec la cavité des plèvres, la pleurésie et la pneumonie chroniques, reconnaissent presque toujours pour cause un état tuberculeux du poumon. Les cas même où cette condition ne se lie pas à l'inflammation chronique de c

dernier organe sont si rares, que beaucoup de pathologistes nient que cette dernière puisse jamais se montrer sans elle.

XXIV.

On voit quelquefois des épanchemens pleurétiques considérables se former chez des personnes, même les plus attentives à leur santé, sans qu'elles en soient averties par le moindre trouble d'aucune fonction. Et ce n'est que plus tard, lorsqu'un peu de gêne dans la respiration vient les faire apercevoir d'un léger dérangement, qu'on trouve alors une matité de son occupant une étendue quelquefois très-considérable de l'un des côtés de la poitrine.

XXV.

Si le lobe inférieur était retenu à sa place par d'anciennes adhérences, l'épanchement pleurétique pourrait se faire dans l'espace occupé par le lobe supérieur, et le bruit respiratoire manquant dans cette partie, cette circonstance pourrait porter à méconnaître la véritable nature de la maladie.

XXVI.

Il peut se trouver des cas où la percussion et l'auscultation ne peuvent fournir des résultats suffisans pour distinguer un épanchement pleurétique abondant d'une pneumonie au deuxième ou au troisième degré. Si la nature des crachats ne peut éclairer le diagnostic, on doit faire coucher le malade sur le ventre, et observer si dans cette position il n'existe pas un bruit de frottement marqué dans le lieu qu'occupait l'épanchement. L'absence de vibrations perçues par la main appliquée sur le côté malade est aussi d'une grande valeur pour annoncer la présence d'un épanchement. Si ensuite on fait attention que dans une pneumonie très-étendue arrivée au second ou au troisième degré, l'altération de la face, la chaleur de la peau, le mouvement

fébrile et tous les autres symptômes sont en général bien plus prononcés que dans l'épanchement pleurétique, je crois qu'on sera rarement porté à confondre ces deux maladies.

XXVII.

Après les gangrènes des hernies intestinales, l'incision de l'intestin, la levée de son étranglement et la formation d'un anus contre nature, constituent des opérations bien plus avantageuses et plus sûres que l'excision des parties, la destruction des adhérences établies par la nature avec les ouvertures abdominales et la pratique des invaginations.

XXVIII.

Dans toutes les hernies intestinales, le mésentère n'obéissant à la force qui pousse l'intestin au-dehors qu'en éprouvant une extension considérable, il résulte de cette disposition que dans l'anus anormal la bride mésentérique tendra constamment à retirer l'intestin du côté du ventre, à l'éloigner de la paroi à laquelle il est fixé, et à le rendre de nouveau flottant et libre comme le reste du canal intestinal.

XXIX.

Aussitôt après la séparation de la partie gangrénée, soit qu'elle ait lieu en deçà ou au-delà de l'anneau, les deux orifices de l'intestin se trouvent enveloppés dans le col du sac herniaire, contractent avec lui des adhérences par l'effet de l'inflammation, et servent à diriger au-dehors les matières fécales, et à empêcher qu'elles ne s'épanchent dans le ventre.

XXX.

Lorsqu'une portion considérable d'anse intestinale a été frappée de gangrène, les deux bouts de l'intestin divisés, placés presque parallè-

lement à côté l'un de l'autre, forment, par l'adossement de leur côté mésentérique, une saillie qui partage d'abord en deux parties égales le fond de la cavité de la plaie; mais incessamment repoussé par les matières qu'amène le bout supérieur, ce repli ne tarde pas à céder à leur pression; il se porte graduellement vers le bout inférieur jusqu'à ce qu'il recouvre enfin son orifice d'une sorte de valvule qui ferme hermétiquement son entrée. On conçoit alors que les matières alimentaires doivent entièrement sortir par la plaie.

XXXI.

Les deux bouts de l'intestin, d'abord en tout semblables, ne tardent pas à acquérir des dispositions très-différentes. Le bout supérieur, chargé d'un surcroît de travail, prend de l'ampleur, et surtout immédiatement au-dessus de son adhérence avec le sac herniaire, où il présente quelquefois un renflement considérable à cause du retard qu'éprouvent dans cet endroit les matières alimentaires; il devient le siége d'une circulation plus active, et cet excès de vie s'étend même au mésentère dont il dépend. Le bout inférieur, au contraire, cessant d'être excité, pâlit, se retire vers le fond de la plaie, où il est quelquefois fort difficile de le rencontrer, et devient le siége d'une atrophie également partagée par le mésentère, auquel il est attaché.

XXXII.

Quel que soit le degré d'atrophie auquel se réduise la portion inférieure de l'intestin, presque jamais elle ne s'oblitère complètement.

XXXIII.

Le procédé qu'emploie la nature pour le rétablissement des matières du bout supérieur dans le bout inférieur est constamment le même. Il consiste toujours en ce que les deux bouts d'intestin adhé-

rens au sac herniaire qui les enveloppe entraînent celui-ci vers l'abdomen et le font servir à former entre leur division et l'orifice externe de la plaie une cavité intermédiaire qui, s'élargissant successivement en dedans à mesure qu'elle se rétrécit au dehors, prend la forme d'un entonnoir ; c'est à l'aide de cette cavité que les matières alimentaires peuvent contourner l'éperon et passer dans le bout inférieur.

XXXIV.

A mesure que l'intestin se retire vers l'abdomen, entraînant avec lui le sac herniaire, le trajet demi-circulaire que parcourent les matières alimentaires pour se porter de l'orifice supérieur dans l'inférieur, s'élargissant graduellement, devient de moins en moins anguleux; enfin il arrive un moment où les matières fécales ne trouvent plus d'obstacle pour le parcourir, et abandonnent totalement la plaie extérieure.

XXXV.

On conçoit que la continuité du canal se rétablira d'autant plus promptement qu'une moins grande partie d'anse intestinale aura été détruite par la gangrène, et conséquemment que l'angle formé par la réunion des deux bouts d'intestin dans la plaie sera moins saillant.

XXXVI.

Si la hernie à la suite de laquelle est venu l'anus contre-nature était récente et peu développée, le tissu cellulaire qui revêt le sac conservant plus d'élasticité et de disposition à revenir sur lui-même, la rétraction de l'intestin et du col auquel il est adhérent s'opèrera bien plus promptement.

XXXVII.

Sans l'interposition de l'entonnoir membraneux entre les deux ori-

fices de l'intestin et la plaie extérieure, rien ne pourrait suppléer à la portion détruite par la gangrène. La continuité du canal intestinal ne se rétablirait jamais, et la sortie des excrémens par la plaie serait continuelle et incurable par les seules forces de la nature.

XXXVIII.

Dans les anus contre nature formés à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, soit qu'une plus ou moins grande portion d'anse intestinale ait été détruite par la gangrène, ou divisée par un instrument vulnérant, l'intestin ouvert contracte des adhérences avec les lèvres de la plaie extérieure; conséquemment il ne peut se retirer dans le ventre, et les excrémens, arrivant par le bout supérieur, se trouvent ainsi presque au niveau de la peau, et sortent en totalité par la plaie.

XXXIX.

Le coucher prolongé des malades sur le dos produira une rétraction plus prompte de la bride mésentérique; l'usage d'une nourriture propre à rendre beaucoup de résidus stercoraux, de légers purgatifs, entretiendront la dilatation et la tonicité du bout supérieur. La compression portée au point qu'elle ne détermine pas des coliques, en retenant les matières alimentaires dans la cavité membraneuse, détermine sa distension et son allongement. Des clystères légèrement stimulans entretiendront l'action péristaltique et la sécrétion muqueuse du bout inférieur.

XL.

Le chirurgien commettrait une grande faute si, tant que la communication du bout supérieur avec le bout inférieur ne se rétablit pas, il n'entretenait par les moyens qui sont à sa disposition la dilatation de l'ouverture externe de la plaie.

XLI.

S'il survient un obstacle au cours des matières, si des symptômes d'étranglement se déclarent, il faut introduire par la plaie jusque dans le bout supérieur de l'intestin une sonde de gomme élastique, donner issue aux matières qu'il contient, y faire passer des injections purgatives pour faciliter leur sortie, mettre le malade dans un bain; si ces moyens ne suffisent pas, arriver par une incision des bords de la plaie jusqu'à l'entonnoir membraneux, et aller ensuite de là à la recherche de la cause de l'étranglement.

XLII.

Si une trop grande portion d'intestin avait été détruite, si l'on craignait que la nature ne pût suffire seule aux frais de la guérison, il faudrait avoir recours au procédé de M. *Dupuytren*.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui benè valent corpore, purgatu sunt difficiles. *Sect.* 2, *aph.* 37.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

III.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

IV.

Frigida, veluti nix et glacics, pectori sunt adversa; tusses movent, sanguinis eruptiones et distillationes efficiunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

V.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos, et in ipsis temporibus magnæ mutationes, tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

VI.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.